Beitrag zur Klinik und Anatomie der retroperitonealen Myome.

Inaugural-Dissertation

der

medizinischen Fakultät

der

Kaiser Wilhelms-Universität Strassburg

zur Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von

Georg-Adolph Marcinczyk

aus

KIEW (Russland).

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

STRASSBURG i. E.
Elsass-Lothr. Druckerei, Abtlg. Müh & Cie., Kinderspielg. 20.
1913.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Straßburg.

Ref.: Prof. Dr. Erich Meyer. Korref.: Prof. Dr. Chiari.

Wenn im folgenden über einen einzelnen Fall berichtet werden soll, so liegt die Berechtigung einer Mitteilung weniger in der Seltenheit des Befundes, als vielmehr in den Gesichtspunkten, deren Verwertung zur Stellung einer Diagnose führte.

Es handelt sich um einen Fall von retroperitonealem Myom der linken Nierengegend, der lange Zeit zu großen diagnostischen Schwierigkeiten Veranlassung gegeben hatte.

Am 14. Oktober 1911 wurde die 52jährige Tabakarbeiterin Frau Julie Sch. der medizinischen Poliklinik zu Straßburg, mit der Bitte um genaue Untersuchung wegen einer im linken Hypochondrium liegenden und diagnostisch völlig unklaren Geschwulst zugeschickt.

Anamnestisch sind folgende Einzelheiten festgestellt worden:

> Seit etwa 6 Monaten zeitweise auftretende, allmählich ansteigende stich- und krampfartige Schmerzen in der linken Seite. Die Schmerzen sind nur tags aufgetreten, meist gegen Abend und waren nicht an eine Mahlzeit gebunden. Sie traten gewöhnlich hinten in der Lumbalgegend auf und strahlten in verschiedenen Richtungen oft auch gegen den Unterleib aus, auch will Patientin dabei öfters Harndrang gespürt haben. Erbrochen hat Patientin nie, auch nie Brechreiz gehabt. Stuhlgang war regelmäßig, hart, meist schwarzbraun. Patientin hat oft Kopfschmerzen, die immer nachts auftreten. Appetit ist sehr gering, sie spürt keinen Hunger. Patientin meint seit etwa 2 Jahren ständig abgenommen zu haben. Die Geschwulst hatte sie selber nicht bemerkt, sie wurde darauf erst vor einer Woche vom Arzt aufmerksam gemacht.

Patientin hat 8 mal geboren, das letztemal vor 9, das vorletztemal vor 18 Jahren, bei dieser Geburt will sie im Wochenbett Fieber gehabt haben, sonst verliefen alle Geburten normal, keine Fehlgeburten. 6 lebende gesunde Kinder. Frauenkrankheiten will sie nie gehabt haben. Die Periode hat seit 3 Jahren aufgehört und Patientin meint, daß sie seither sich schlechter fühle. Zwei Jahre vor dem Eintritt der Menopause wurden die Menses unregelmäßig, sie wurden stärker und traten öfter, zuweilen alle 8—14 Tage auf.

Vater an Typhus, Mutter und eine Schwester an Schwindsucht gestorben. Patientin will außer Diphtherie in jungen Jahren nie krank gewesen sein. Sie gibt an einen Herzfehler gehabt zu haben, den der Arzt vor 3 Jahren konstatiert hätte.

Status.

Große, mittelkräftige, für ihr Alter sehr gut konservierte Frau. Haut im Gesicht etwas schlaff, am Körper rosig, verhältnismäßig frisch.

Thorax flach, die Supra- und Subclaviculargruben eingesunken, rechts mehr als links. Atmet gut und symmetrisch. Lungen: Grenzen gut verschieblich, perkutorisch nichts besonderes nachzuweisen, auskultatorisch außer etwas verschärftem Atem mit langem Exspirium nichts pathologisches.

Cor: Der erste Ton überall, außer an der Tricuspidalis undeutlich, manchmal etwas geräuschartig werdend. Der zweite Ton klappend, mit metallischem Beiklang. Kein Geräusch. Herzaktion ruhig, 72.

Abdomen: Bauchdecken schlaff, gut palpabel mit zahlreichen alten Schwangerschaftsnarben bedeckt. Hepar handbreit unter dem Rippenbogen, glattrandig, weich, nicht stärker druckempfindlich; ihr unterer Rand verläuft in einer Linie vom Nabel nach der Spina ant. sup. ilei. Milz nicht zu palpieren. Unter dem linken Rippenbogen ragt ein harter, gleichmäßig runder, etwa gänseeigroßer Tumor in die Bauchhöhle empor. Der Tumor entspricht etwa der Nierengegend. Bei Palpation in streng horizontaler Lage ergibt sich, daß der Tumor von der linken Niere abzugrenzen ist, und zwar liegt die linke Niere mehr nach oben vom Tumor. Es kann ferner festgestellt werden, daß der Tumor nicht fest fixiert ist und sich auf seiner Unterlage ein wenig verschieben läßt, trotzdem aber bei der

Atmung sich nicht verschiebt. Der Tumor ist leicht druckempfindlich. Bei der bimanuellen Palpation ist er eben noch von hinten her zu fühlen. Die rechte Niere ist gut palpabel, steht tiefer als die linke Niere und ist auf ihrer Unterlage nicht fest fixiert. Die Palpation des Magens ergibt eine etwas suspekte Resistenz in der Medianlinie 3 Fingerbreit über dem Nabel an einer Stelle, wo man den Pylorus vermuten könnte, auch ist die untere Magengegend, unterhalb der großen Kurvatur etwas druckempfindlich. Der Stuhl ist normal geformt, von normaler Farbe und Menge, ohne Stenosenanzeichen, frei von Blut und Schleim. Die Guajakprobe ist negativ, mikroskopisch sind im Stuhl normale Bestandteile zu finden.

Die Untersuchung des Magensaftes ergibt eine dickbreiige, sehr stark mit Schleim vermischte Masse, die noch beträchtliche Mengen von Salzsäure zu binden vermag.

HCl = — 30. Gesamtazidität = 7.

Die Glycyl-Trytophanprobe fällt schon nach 6 Stunden positiv aus.

Urin: Albumen 0; Sacchar: 0. Die Aldehydreaktion ist in der Kälte nur spurweise angedeutet, fällt aber in der Wärme positiv aus.

Blutbefund: Mikroskopisch normal. Hämoglobingehalt 72 %. Der Blutdruck, oscillatorisch nach Recklinghausen bestimmt, beträgt:

systolisch 240—250 cm Wasser
diastolisch 150—160 cm Wasser.

Reflexe: Patellar-, Achillessehnen-, oberer Bauchdecken-, Biceps- und Tricepsreflex sind sehr deutlich, sogar verstärkt.

Schon auf Grund dieser Untersuchung konnte man mit großer Wahrscheinlichkeit annehmen, daß es sich um einen Tumor handle, der mit keinem der Bauchorgane in direktem Zusammenhang stand. Verdächtig war nur das Verhalten des Magens, dessen Sekret ein beträchtliches Salzsäuredefizit und außerdem eine positive Glycyl-Tryptophan-Reaktion aufwies. Auch der Umstand, daß in der Pylorusgegend eine Resistenz zu fühlen war und daß die, der großen Kurvatur entsprechenden Stellen

druckempfindlich waren, veranlaßte an eine Erkrankung des Magens zu denken. Infolge dessen mußte man die Frage diskutieren, ob der palpable Tumor nicht eine vom Magen ausgehende Carcinommetastase der Lymphdrüsen sei. Als zweite Möglichkeit kam in Betracht eine Drüsengeschwulst im Retroperitonealraum, eventuell tuberkulöser Natur. Gegen die Annahme einer Drüsenveränderung im Sinne der Hodgkinschen Krankheit sprach das Fehlen von Drüsentumoren an anderen Stellen des Körpers, der normale Blutbefund und das Fehlen eines Milztumors.

Andererseits wäre die Tatsache, daß die Geschwulst verschieblich war, schlecht mit der Annahme eines malignen Tumors in Einklang zu bringen. Man entschloß sich deshalb, abzuwarten und in erster Reihe das Verhalten von Magen und Darm, Stuhlgang etc., in zweiter Reihe das Verhalten der Geschwulst, ihr Wachstum und ihre eventuell einzutretende Fixation an der Unterlage zu beobachten. Auch schien es angebracht, eine röntgenologische Untersuchung und eine Untersuchung der Nieren mittels Ureterenkatheterismus anzuschließen und eine gegen das Salzsäuredifizit, speziell gegen den Appetitmangel gerichtete Therapie einzuleiten. Auch war es von Interesse, näheren Aufschluß darüber zu gewinnen, ob der Tumor in der Bauchhöhle lag oder ein retroperitoneal liegendes Gebilde, welches sich nur in die Bauchhöhle vorwölbte, darstellte.

28. X. 1911. Nach Aufblähen des Colons findet man den Tumor hinter dem Colon liegend. Röntgenologisch wird die obenerwähnte Resistenz, die für einen eventuellen Tumor der Pylorusgegend gehalten wurde, als etwas tiefer liegende Leber erkannt. Das Zwerchfell erscheint bei der Durchleuchtung ganz flach, es kann aber noch nicht entschieden werden, ob zwischen Tumor und Magen ein Zusammenhang besteht.

29. X. Abermals röntgenologisch untersucht, dabei waren

an der großen Kurvatur des Magens gezackte Konturen zu sehen.

4. XI. Wurde Pepsin und Salzsäure verordnet.

11. XI. Appetit etwas besser.

20. XI. Hat guten Appetit, hat zugenommen, wiegt 72 Kilo. Nur noch Kopfschmerzen. Wird zur nochmaligen gründlichen Untersuchung im Januar 1912 wiederbestellt.

5. I. 1912. Es wurde der Magen ausgehebert. Congopapier wurde vom Magensaft gar nicht gebläut.

HCl = — 20. Gesamtazidität = 10.

Im Mageninhalt selbst Spur freien Tryptophans. Die Glycyl-Tryptophanprobe nach 7 Stunden stark positiv. Bestellt zur Röntgenuntersuchung.

18. I. Durchleuchtung nach Füllen des Magens mit Wismuthbrei ergibt mit Sicherheit extraventrikulären Sitz des Tumors. Die am 29. X. 1911 an der großen Kurvatur gesehenen gezackten Konturen werden auf chronische Gastritis bezogen.

21. II. Patientin klagt über Schmerzen im Magen, die nach jeder Mahlzeit auftreten und über oft auftretendes nicht saures Aufstoßen. Kein Erbrechen. Der Appetit sei gut, aber Patientin ißt aus Angst vor Schmerzen nicht. Der Stuhlgang ist unregelmäßig geworden, ist hart aber nicht schwarz. Kopfschmerzen treten wieder sehr häufig auf, außerdem starke Schmerzen in den Hüftknochen. Der Tumor ist deutlich größer geworden. Die Leber, 3—4 fingerbreit unter dem Rippenbogen, deutlich palpabel.

Die von Herrn Prof. Dr. Schickele ausgeführte gynäkologische Untersuchung ergibt nichts pathologisches.

29. II. Es wird von Herrn Dr. von Lichtenberg eine Untersuchung der Nierenbecken mit der Völker-Lichtenbergschen Methode vorgenommen. Im ganzen ergaben sich dabei normale Verhältnisse, mit Ausnahme eines unbedeutenden Tiefstandes der rechten Niere.

15. III. Patientin klagt aufs neue über heftige krampfartige Schmerzen im linken Meso- und Epigastrium. Es wird Extr. Belladonnae à 0,03 g verordnet.

17. III. Belladonna gut vertragen, die krampfartigen Schmerzen sistieren, es wird reichlich, zum Teil dünnflüssiger Stuhl entleert.

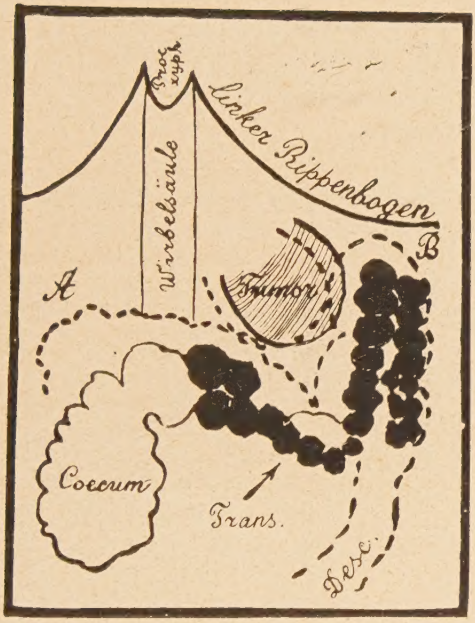
2. IV. Da der Tumor in den letzten Wochen an Umfang zugenommen hat, wird Patientin zur Klärung der Diagnose ins Spital aufgenommen. Dabei wird eine Vergrößerung des Tumors festgestellt, seine Verschieblichkeit ist aber wie früher vorhanden. Der ganze Palpationsbefund erscheint unverändert und der bei dieser Gelegenheit aufgenommene Status bleibt dem früher erwähnten gleich.

3. IV. Patientin wird nochmals von Herrn Dr. Dietlen nach einer Wismuthmahlzeit und bei Aufblähung des Colons durchleuchtet. Dabei zeigt der Magen normale Verhältnisse, keine Defekte in den Konturen der Kurvatur, normale Entleerungszeit: 22 Stunden nach der Wismuthmahlzeit ist das ganze Colon bis zum Sigmoideum mit Wismuthballen gefüllt. Der Befund wurde vor dem Röntgenschirm auf Pauspapier gezeichnet und bei Betrachtung des Bildes sieht man, daß die Patientin im ganzen eine beträchtliche Enteroptose hat und das Colon transversum in Girlandenform zwischen den beiden Flexuren tief herunterhängt. Das Colon ist deutlich von dem Tumor abzugrenzen. (Siehe Bild.)

6. IV. Da die Diagnose genügend gesichert erscheint, wird Patientin entlassen.

Nach dieser Untersuchung erscheint es im höchsten Grade wahrscheinlich, daß der Tumor retroperitoneal liegt und weder dem Darmtraktus noch der Niere angehört. Es wurde Operation empfohlen. Patientin hatte den Wunsch von Herrn Professor Stolz, Direktor der chirurgischen Abteilung des Bürgerspitals operiert zu werden.

9. V. Operation in Chloroform-Äthernarkose. Laparotomie mit großem, an den Bauchdecken über dem Tumor angelegtem Schnitt. Bei der Operation werden die abdominellen Organe, soweit zugänglich, normal gefunden. Der Tumor liegt retroperitoneal, das Peritoneum wird hinten eröffnet. Der Tumor sitzt unterhalb der linken Niere, ist fest mit dem Ureter verwachsen, gut gänseeigroß, von sehr derber Konsistenz. Er läßt sich von seiner Umgebung leicht abpräparieren, dabei zeigt sich, daß der Ureter in seiner ganzen Wand



Das 22 Stunden nach Wismuthmahlzeit vor dem Röntgenschirm gezeichnete Bild auf $^1/_{16}$ □ Fläche verkleinert. Der Tumor leicht schraffiert, sein Umriß mit ausgezogener Linie. Die Verschiebung des Tumors und der Umriß des Colons nach Luftaufblähung mit unterbrochener Linie angedeutet. Die im Darm vorhandenen Wismuthballen schwarz. A = Flexura hepatica coli (dextra). B = Flexura coli lienalis, Trans = colon transversum, Desc = colon descendens.

intakt ist. Irgend ein vom Tumor ausgehender, retroperitoneal verlaufender Strang konnte bei der Operation nicht wahrgenommen werden.

Die Operationswunde heilte per primam, so daß am 12. Tage nach der Operation Patientin die Abteilung verlassen konnte. Die frische Narbe war noch ca. drei Monate lang empfindlich, die Schmerzen traten aber nach der Operation nicht mehr auf.

Es war nun interessant das Verhalten der Patientin nach längerer Zeit zu kontrollieren.

Am 29. März 1913 ergab die von mir unternommene Untersuchung der Patientin im wesentlichen denselben Befund wie in erwähntem Status, nur war im linken Hypochondrium keine Geschwulst mehr zu palpieren. Am Abdomen war an der dem früheren Sitze des Tumors entsprechenden Stelle eine ca. 15 cm lange Narbe sichtbar. Patientin will seit der Operation keine Schmerzen mehr gehabt haben, nur soll das Aufstoßen noch weiter fortbestehen. Es wird deshalb Patientin zum Aushebern bestellt. Die am 1. April 1913, 45 Minuten nach dem Probefrühstück, vorgenommene Ausheberung konnte keinen Rückstand mehr herausbefördern, deshalb wird am 2. April, 25 Minuten nach dem Probefrühstück ausgehebert. Diesmal befördert die Magensonde einen Rückstand von 90 ccm. Der Mageninhalt sieht wie ein Gemenge von zerkautem Brot und Tee aus und besitzt einen faden Geruch. Congopapier wird von ihm nicht gebläut. Rotes und blaues Lakmuspapier bleiben unverändert.

HCl = — 12. Gesamtazidität = 8.

Nach dieser Untersuchung scheint es ganz evident, daß das früher vorhandene Magenleiden, dessen hauptsächlichstes Merkmal das Salzsäuredefizit zu nennen wäre, noch weiter fortbesteht und durch die Operation ganz

unbeeinflußt geblieben ist. Es ist auch die Annahme gerechtfertigt, daß die Magenbeschwerden und der Tumor in keinem Zusammenhang zueinander standen. Der Zufall, daß zwei Krankheitserscheinungen nebeneinander vorhanden waren, führte zu den diagnostischen Schwierigkeiten, wie sie oben geschildert worden sind.

Die von mir im pathologischen Institut unter Leitung des Herrn Prof. Dr. Chiari vorgenommene Untersuchung des Tumors ergab folgendes:

Der auf operativem Wege entfernte Tumor liegt in zwei Hälften vor, von welchen die eine in Müllerscher Lösung fixiert und samt der anderen, direkt in Alkohol eingelegten Hälfte, in 50 % Alkohol aufbewahrt worden war. Durch Aneinanderlegen dieser Teile läßt sich die Gesamtform des Tumors leicht rekonstruieren. Sie ist im ganzen die einer ovalen Scheibe, deren drei Durchmesser folgende Dimensionen besitzen. Der größte Durchmesser ist 8 cm lang, die zwei anderen zu diesem und gegeneinander senkrechten Durchmesser betragen 6½ cm und 5 cm. Der Umfang in der Ebene der zwei kleinen Durchmesser beträgt 19 cm, der in der Ebene der zwei größeren Durchmesser 25 cm.

Die Oberfläche des Tumors ist höckerig und besteht aus einzelnen mehr oder weniger vorspringenden Knollen, die als Segmente von Kugeln verschiedener Größe aufgefaßt werden können. Der Tumor ist von einer Art dünner Kapsel, die über die Knollen hinwegzieht und die Vertiefungen auskleidet, umhüllt. An ihrer Oberfläche sind einzelne dem Spinnengewebe gleichende Bindegewebsfasern, die sich leicht abzupfen lassen, zu erkennen. Die Kapsel läßt sich leicht vom Tumor abpräparieren. An den Schnittflächen sind noch seichte Vertiefungen und Höcker,

die den einzelnen kugeligen Teilen des Tumors entsprechen, zu erkennen. An den Schnittflächen sieht man auch eine faserige Zeichnung, die zum Teil aus geraden, zum Teil aus geschlängelten und schleifenförmigen Linien besteht. Ferner sieht man auch zahlreiche bräunliche Stellen, die sich späterhin mikroskopisch als Blutungen erwiesen. An der Außenfläche des Tumors sind Stümpfe der bei der Exstirpation durchtrennten Blutgefäße zu erkennen.

Die mikroskopische Untersuchung zeigt ein aus glatten Muskelfasern aufgebautes Myom. Das im allgemeinen spärliche Bindegewebe ist gleichmäßig zwischen den Muskelfasern in schmalen Zügen verteilt und zeigt nur stellenweise stärkere Anhäufung mit Sklerose. Die Muskelfasern verlaufen teilweise in geraden, teilweise in gewundenen Zügen und zeigen die für das Myom charakteristische Anordnung in einzelne kleine von Bindegewebe umgebene Bündel. Hier und da trifft man ein quergeschnittenes Blutgefäß und Blutergüsse in das Gewebe des Tumors. Drüsige Gebilde sind nirgends zu finden.

Um eine Einheit in der Nomenklatur der Myome zu erzielen, wurden verschiedene Vorschläge gemacht. Unter ihnen ist der von Mallory hier zu erwähnen, welcher vorgeschlagen hat bei Myomen mit spärlichem Bindegewebe letzteres in der Nomenklatur nicht zu erwähnen. Auch andere wollen die Bezeichnung «Fibromyom» nur für solche Fälle reserviert haben, wo die Wucherung des Bindegewebes einen autonomen Charakter aufweist *). Wollen wir diesen Forderungen Rechnung tragen, so würde mir für diesen Fall die Bezeichnung «Leiomyoma» als angebracht erscheinen.

*) Robert Meyer im Kapitel «Myome» in Veits Handbuch der Gynäkologie.

Es wäre jetzt die Frage zu erörten, woher die Geschwulst ihren Ursprung genommen hat. A priori könnte man ja denken, daß sie auf Reste des Wolfschen oder Müllerschen Ganges zurückzuführen wäre. Doch müßte in diesem Falle die Geschwulst wohl irgendwelche drüsige Gebilde enthalten.

Da die mikroskopische Untersuchung nur ein Leiomyom ergab, liegt es vielmehr nahe als seine Matrix ein nur aus glatten Muskelfasern aufgebautes Organ anzunehmen. Der Umstand, daß der Tumor bei der Operation leicht vom Ureter abzupräparieren war, gibt einen Fingerzeig dafür, daß er nicht aus einer mit dem Ureter gemeinsamen embryonalen Anlage entstanden war. Man könnte eher daran denken, daß der Tumor nicht in loco entstanden war, sondern seine Matrix im Uterus gehabt hatte, und daß der Tumor ein vom Uterus bis in die Nierengegend retroperitoneal emporgewandertes Myom war.

Überlegen wir nun, ob diese Auffassung mit dem Befund bei der Operation und mit dem klinischen Verlauf in Einklang zu bringen wäre.

Wie aus der Operationsgeschichte hervorgeht, war bei der Operation kein Strang zu fühlen, der vom Tumor bis in die Gegend des Uterus gezogen wäre, auch hatte weiter die Patientin nie über Beschwerden geklagt, die auf ein Uterusmyom hätten schließen lassen und die gynäkologische Untersuchung hatte keinen auf eine gynäkologische Erkrankung hinweisenden Befund ergeben.

Wie könnte man sich nun eine solche Myomwanderung vorstellen? Es ist eine bekannte Tatsache, daß subseröse Myome, je nach ihrem Sitz, bald in die Bauchhöhle, bald in das parametrane Gewebe hineinwachsen, wie

letzteres ja bei den intraligamentären Myomen der Fall ist. Es ist auch nicht undenkbar, daß ein tief an der hinteren Fläche des Uterus sitzendes Myom unter dem Peritoneum der Excavatio recto-uterina in das retroperitoneale Gewebe hineinwachsen könnte.

Schwieriger ist die Art der weiteren Fortbewegung eines solchen Myoms im retroperitonealen Gewebe zu erklären. Hier könnte man denken, daß dieselbe auch eine direkte Folge des Wachstums selbst sei und sitzt der Tumor auf einer unverschieblichen Unterlage, so kann es nur noch in der entgegengesetzten Richtung erfolgen. Diese Art des Vordringens wäre auch zur Entstehung der im parametranen Gewebe vorkommenden Myome heranzuziehen, denn kommen sie auch ohne irgend welchen Zusammenhang mit dem Uterus vor, was durch nachträgliche Verkümmerung des Stieles geschieht, so hat doch der Uterus auch in diesem Falle dem Myom gegenüber die Rolle der Unterlage gespielt, die das Eindringen des Myoms in das Parametrium ermöglichte.

Schwieriger erscheint natürlich die Erklärung in solch einem Falle, wo weit vom Uterus entfernt ein Myom auftritt, wie in unserem Falle, falls wir dasselbe vom Uterus ableiten wollen. Hier müssen noch andere Momente mit im Spiele gewesen sein. Man könnte z. B. daran denken, daß, nachdem das Myom des Uterus einmal in das linke Parametrium gekommen war, durch temporäre Vergrößerung des Uterus oder des Rectums das Myom weiter nach oben geschoben worden war und so die allerdings seltene Lagerung einnahm, die in unserem Falle gefunden wurde.

Daß bei der gynäkologischen Untersuchung nichts abnormes am Uterus konstatiert wurde, beweist nichts. Das Myom hatte sich eben schon vom Uterus entfernt.

Auch klinische Erscheinungen seitens des Uterusmyoms konnten ganz wohl vollständig gefehlt haben, denn selbst mannskopfgroße subperitoneale Myome sind mitunter als ein zufälliger Befund gesehen worden und subperitoneale Myome werden Jahre hindurch unerkannt getragen *).

Der beschriebene Fall stellt, soweit ich die Literatur übersehen konnte, ein Unikum dar. Es ist nicht zu verwundern, daß die klinische Diagnostik große Schwierigkeiten bereitete; konnte man doch selbst bei der Operation sich über die Art und den Ausgangsort des Tumors keine Klarheit verschaffen. Es muß betont werden, daß auch nach Feststellung der histologischen Struktur ein sicherer Anhaltspunkt für die Entstehungsweise und den Mutterboden des Tumors nicht gewonnen werden konnte und daß die Annahme eines mit dem Uterus in Beziehung stehenden Tumors lediglich Hypothese bleiben muß.

Der Fall verdient auch deshalb besondere Beachtung, weil an ihm alle zurzeit verfügbaren diagnostischen Methoden in erschöpfender Weise zur Anwendung gelangt waren und die topische Diagnose hierdurch so weit gefördert werden konnte, daß man per exclusionem nacheinander eine Erkrankung der verschiedenen intra- und extraperitoneal gelegenen Organe ausschließen konnte. Er zeigt ferner, daß zur Diagnose derartig kompliziert liegender Fälle eine einmalige Anwendung der verschiedenen modernen Untersuchungsmethoden nicht genügt, wenn man sich vor Trugschlüssen schützen will. Nur hierdurch konnte die anfangs sowohl durch die chemische oder durch Röntgen-Untersuchung vorgetäuschte Fehldiagnose eines Tumors der großen Kurvatur des Magens vermieden werden.

*) Veit «Ätiologie der Myome» im Handbuch der Gynäkologie.

Die im linken Hypochondrium auftretenden Tumoren bieten oft der Diagnose beträchtliche Schwierigkeiten. Sehen wir von einer auf dem histologischen Verhalten beruhenden Klassifikation ab und ziehen wir nur die Tatsache in Betracht, daß jedes in dieser Gegend liegende Organ zum Ausgangsort einer Geschwulst werden kann, so ist es schon eine ganz beträchtliche Zahl von Gebilden, die hier anzutreffen wären. Es können sich am klinischen Bilde ebenso intraabdominell wie retroperitoneal liegende Organe beteiligen und die Aufgabe der Diagnose wird es in erster Reihe sein, nach Möglichkeit festzustellen, in welche dieser zwei Gruppen die Geschwulst gehört. Halten wir nun eine kurze Übersicht *) über die in der Nierengegend vorkommenden Geschwülste, so sind es, wenn wir mit den retroperitonealen beginnen, in erster Reihe die der Nieren, der Nebennieren und des Pancreas, auch müssen hier die von den retroperitonealen Lymphdrüsen ausgehenden Tumoren erwähnt werden. Zwischen den Tumoren der Nieren hätten wir zu unterscheiden solche, die der Niere selbst angehören, und Tumoren als deren Ausgang das Nierenbecken anzusehen wäre. In enger Beziehung zu diesen stehen auch die von der Fettkapsel der Niere ausgehenden Geschwülste.

Ist die Diagnose soweit gefördert, daß nur noch die retroperitonealen Organe in Betracht kommen, so wird es sich um die eben erwähnten handeln, und während wir bei Tumoren der Nebennieren und des Pancreas im wesentlichen auf den palpatorischen Befund hingewiesen sind, über die des Pancreas allerdings auch aus der Funktionsprüfung einen gewissen Aufschluß erhalten können, sind die Nieren und eo ipso die von ihnen ausgehenden Tumoren auch mittels der verschiedenen Methoden des

*) Bergmann, Bruns, Mikulicz Handbuch der Chirurgie.

Ureterenkatheterismus zugänglich. Schon die Untersuchung des von jeder Niere gewonnenen ungemischten Urins kann einen wichtigen diagnostischen Fingerzeig abgeben, besonders wenn sie mit einer Indigocarmin-Injektion kombiniert ist. Viel weiter werden wir in der Diagnose der Nierengeschwülste durch die neueren pyelographischen Verfahren, der Sauerstoffüllung der Nierenbecken nach Völker-Lichtenberg und der Collargolfüllung nach Lichtenberg gefördert. Durch diese Verfahren gelingt es fast immer, mit Sicherheit festzustellen, ob ein Tumor mit der Niere in Zusammenhang steht.

Es würde also der Ureterenkatheterismus in jedem Falle von retroperitonealem Tumor der Nierengegend einen wertvollen Aufschluß geben und es wurde von diesem Verfahren auch in unserem Falle Gebrauch gemacht, um die Beziehungen der Niere zum Tumor festzustellen. Selbstverständlich ist die Pyelographie im Zusammenhang mit ausgedehnterem Röntgenverfahren auch ein wichtiger Faktor in der Entscheidung der Frage, ob ein Gebilde überhaupt retroperitoneal liegt, denn das gewöhnlich zur Aufklärung in dieser Hinsicht angewandte Verfahren der Aufblähung des Colons allein gibt darüber nicht immer definitiven Aufschluß. Das ist besonders dann der Fall, wenn der Tumor nicht in unmittelbarer Nähe des aufgeblähten Colons liegt, wenn das Colons ascendens bezw. descendens ein mehr oder weniger ausgebildetes Mesocolon besitzt und wenn die Bauchdecken für die Palpation ungünstige Verhältnisse bieten, dann wird die Diagnose durch das Aufblähen des Colons oft kaum weiter gefördert. Wesentlich wird zur Klärung der Frage beigetragen, wenn man die Dickdarmaufblähung mit einer Röntgendurchleuchtung nach einer vorausgegangenen Wismuthmahlzeit kombiniert. Mit dieser Methode gelingt

es, einen sicheren Beweis für den Verlauf des Colons zu finden; die Schlußfolgerung auf die Lage des Tumors kann aber auch hier eine trügerische sein, falls das Colon, wie erwähnt, ein längeres Mesocolon besitzt, so daß es sich noch vor den in der Bauchhöhle liegenden Tumor lagern kann. Hier kommt nun die Pyelographie zu ihrer Geltung, indem sie uns in der Darstellung des Nierenbeckens einen sicher retroperitoneal liegenden Anhaltspunkt liefert.

Wenn wir jetzt zu den intraabdominellen Tumoren übergehen, so ist es klar, daß jedes in der Bauchhöhle liegende Organ zum Ausgangspunkt für sie werden kann. Außer den vom Magendarmkanal ausgehenden Tumoren kämen für das linke Hypochondrium Tumoren der Milz in Betracht. Die meisten Tumoren des Magendarmkanals werden, solange keine Fixation mit der Umgebung eingetreten ist, an ihrer Verschieblichkeit zu erkennen sein. Auch wird die Verschieblichkeit dieser Tumoren von Anfang an durch ihren Sitz beeinflußt sein und sitzt der Darmtumor an einem fixierten Abschnitte des Darmtraktus, so kann dementsprechend auch seine Verschieblichkeit nur eine ganz minimale sein. Ein solches Verhalten einer, eventuell vom Darme ihren Ursprung nehmenden, Geschwulst käme auch in unserem Falle in Betracht, wo der Tumor im linken Hypochondrium sitzt, denn an dieser Stelle geht ja das gutbewegliche Colon transversum in das fixierte Colon descendens über. Auch Tumoren des Magens, speziell der Fundusgegend, kämen in unserem Falle in Betracht. Beinahe überflüssig wird die Erwähnung erscheinen, daß ebenso mesenteriale Lymphdrüsen und Cysten des Mesenteriums, wie auch Echinococcuscysten, welch letztere ebenso intra- wie retroperitoneal vorkommen können, bei der Diagnose in Betracht zu ziehen wären. Bei der Diagnose der vom Darmtraktus ausgehenden Geschwülste wird die Aufblähung des Darmes, die

Röntgenuntersuchung nach Wismuthmahlzeit, die Untersuchung der Fäces und die Prüfung der Darmfunktion von großer Bedeutung sein.

Die Tumoren der Milz wird man an ihrer meist charakteristischen Form leicht erkennen können.

Seitdem Neubauer und Fischer*) auf das Vorkommen eines peptidspaltenden Fermentes im carcinomatösen Magensaft hingewiesen haben, wird es auch nahe liegen, in jedem Falle von Tumor, aus dessen Lokalisation man irgend eine Beziehung zum Magen vermuten könnte, auch das Verfahren der Glycyl-Tryptophan-Reaktion zur Klärung der Diagnose heranzuziehen. Schon Neubauer und Fischer haben darauf hingewiesen, daß in Fällen, in denen Tryptophan selbst im Magensaft vorhanden ist, die Reaktion positiv ausfällt und zu diagnostischen Fehlschlüssen Anlaß geben kann. Auch in der über dies Thema erschienenen Arbeit von Curt Kayser**) ist ein Fall erwähnt (Fall 23, Tabelle 3), wo bei Achylie im Mageninhalt freies Tryptophan nachzuweisen war und die Glycyl-Tryptophan-Probe positiv ausfiel.

Noch leichter wird man zu Fehlschlüssen verleitet, wenn, wie in dem hier beschriebenen Fall, eine Achylie mit freiem Tryptophan im Magensaft und positiver Glycyl-Tryptophan-Reaktion und ein Tumor des linken Hypochondriums gleichzeitig vorhanden sind. Sind außerdem noch andere Symptome vorhanden, so wird der Gedanke an ein Magenkarzinom kaum zu umgehen sein und man

*) Neubauer und Fischer. Über das Vorkommen eines peptidspaltenden Fermentes im carcinomatösen Magensaft und seine diagnostische Bedeutung. Arch. für klin. Med., Bd. 97.

**) Curt Kayser. Die Leistungen des Röntgenverfahrens und der Glycyl-Tryptophanreaktion für die Diagnose des Magencarcinoms. Deutsche med. Wochenschrift, 1912, Nr. 12.

wird eine ganze Reihe von Überlegungen, wie sie hier angedeutet worden sind, anstellen müssen, vor allem aber Untersuchungen ausführen, um sich vor einer Fehldiagnose zu schützen.

Das Thema wurde mir in liebenswürdigster Weise von Herrn Prof. Dr. Erich Meyer, Vorstand der Medizinischen Poliklinik überlassen. Ich halte es für meine Pflicht, ihm dafür und für die Anregungen hier meinen innigsten Dank auszusprechen. Desgleichen schulde ich Herrn Prof. Dr. Chiari, Direktor des Pathologisch-Anatomischen Institutes, unter dessen geschätzter Leitung ich die mikroskopische Untersuchung und Bearbeitung des entsprechenden Teiles dieser Arbeit vollbrachte.

Lebenslauf.

Verfasser der Arbeit: «Beitrag zur Klinik und Anatomie der retroperitonealen Myome», Georg-Adolph Marcinczyk, wurde zu Smiela, Gouvernement Kiew, in Rußland, am 5. Dezember 1882, als Sohn des Edelmannes Cölestin-Johann Marcinczyk und seiner Ehefrau Eugenie-Marie geboren. Seine Schulbildung erhielt er am Ersten Gymnasium zu Kiew und bestand ebenda im Sommer 1900 die Reifeprüfung. Im Herbst desselben Jahres wurde er als Student an der naturwissenschaftlichen Abteilung der Physiko-Mathematischen Fakultät der St. Wladimir-Universität in Kiew aufgenommen. Da hörte er, dem zu der Zeit für die russischen Universitäten vorgeschriebenen Programm entsprechend, Vorlesungen über sämtliche Hauptfächer aus dem Gebiete der Naturwissenschaften, daselbst bestand er die entsprechende Vorprüfung. Seine Lehrer an der St. Wladimir-Universität waren: Die Chemiker Barsilowsky und Reformatsky, der Physiker de Mez, der Meteorologe Kosonogow, der Mineraloge Armaschewsky und der Geologe Andrusow. Ferner in den biologischen Fächern, für welche Verfasser ein besonderes Interesse hegte, die Zoologen Bobrezky, Korotnew und Siewierzow, der Physiologe Laudenbach und die Botaniker Nawaschin, Puriewitsch und Zinger. Nach Anrechnung von 7 Semestern an der St. Wladimir-Universität und dem Einreichen einer Arbeit über das Thema «Einfluß

der chemischen Agentien auf die Atmung der Pflanzen» bestand Verfasser im Herbst 1906 die entsprechende Staatsprüfung an der Prüfungskommission der Nowo-rossijsker-Universität in Odessa.

Im April 1908 wurde Verfasser an der Medizinischen Fakultät der Kaiser Wilhelm-Universität Straßburg i. E. immatrikuliert, wo er die ganze Zeit über studierte. Seine Lehrer waren die Herrn Professoren und Dozenten: Schwalbe, Weidenreich, Ewald, Hofmeister, Spiro, Moritz, von Tabora, Wenckebach, Madelung, Guleke, von Lichtenberg, Fehling, Schickele, Bayer, Freund, Wollenberg, Rosenfeld, Pfersdorff, Czerny, Wolff, Mulzer, Manasse, Hertel, Pagenstecher, Cahn, Erich Meyer, Chiari, Ehret, Uhlenhuth, Forster, Diethen, Berg und Blum.